**ПРАВИЛА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ в САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4»**

**УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!**

Вы обратились за медицинской помощью в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №4» (именуемое в дальнейшем – «Поликлиника»).

Ваш лечащий врач и коллектив «Поликлиники» приложат максимум усилий, чтобы Вы получили медицинскую помощь надлежащего качества. Для того, чтобы процесс Вашего лечения проходил более организованно, просим Вас обратить внимание на Правила, принятые в нашей «Поликлинике».

1. В нашей «Поликлинике» для диагностики и лечения используются электронные приборы. Радиоволны могут негативно повлиять на их работу. Поэтому, просим Вас при входе в лечебный кабинет отключить свой мобильный телефон.
2. При пребывании в «Поликлинике» не оставляйте своих вещей без присмотра: персонал не может взять на себя ответственность за их сохранность.
3. При первичном обращении Вам в регистратуре оформят первичную медицинскую документацию (учетная форма №043/у «Медицинская карта стоматологического больного»), заключат Договор на предоставление платных медицинских услуг только по Вашему личному желанию.
4. Просим Вас предоставить **паспорт, СНИЛС** и **страховой медицинский полис ОМС**. Ваша «Медицинская карта стоматологического больного» хранится в регистратуре.
5. Чтобы получить консультацию того специалиста, который сможет оказать наиболее действенную помощь, Вам необходимо как можно подробно описать суть проблемы медицинскому регистратору «Поликлиники». В этом случае Вам будет выделено удобное для Вас время и тот специалист, квалификация которого соответствует данному профилю.
6. Просим Вас перед приемом заполнить Анкету о состоянии здоровья, а на приеме ответить на дополнительные вопросы врача-специалиста о состоянии Вашего здоровья. Ваш врач, при необходимости, может направить Вас на дополнительное обследование.
7. Просим Вас приходить на прием к врачу в точно назначенное время, а если какое-либо обстоятельство препятствует Вашему визиту - заблаговременно сообщить об этом в регистратуру. Если Вы опаздываете на прием более чем на 15 минут, не предупредив Вашего врача, Ваше лечение в этот день проводиться не будет.
8. Просим Вас принять во внимание, что в исключительных случаях, когда Ваш врач оказывает экстренную помощь другому пациенту при неотложных случаях, начало Вашего приема может задержаться.
9. В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в редакции от 25.06.2012 № 93-ФЗ,  необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной и понятной для восприятия форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
10. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, собственноручно подписывается гражданином или его законным представителем, медицинским работником и содержится в первичной медицинской документации пациента.

Вы должны знать все, что связано со здоровьем, лечением и манипуляциями, проводимыми специалистами поликлиники и осознанно принять решение относительно предстоящего медицинского вмешательства.

1. Наши специалисты, честно предупреждая пациента о неблагоприятных для него факторах конкретного медицинского вмешательства, возможных осложнениях в процессе лечения, не расписываются в своей беспомощности. Наоборот, демонстрируя свою профессиональную ответственность, специалисты принимают на себя обязательство сделать все возможное, чтобы не допустить возможные отклонения от желаемого результата, но, если таковые  все же возникнут, сделать все от них зависящее, чтобы их устранить. Таким образом, информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства дает Вам возможность быть полноправным участником принятия решения: лечиться или отказаться в предложенных условиях.
2. В случае Вашего отказа знакомиться с текстом информированного добровольного согласия и подписывать его, врач сделает в Вашей медицинской карте соответствующую запись. Любой медицинский работник «Поликлиники» своей подписью подтвердит факт, что **ВРАЧ ПРЕДЛОЖИЛ** Вам ознакомиться с документом, но Вы отказались ознакомиться с ним и подписать. Такой порядок предусмотрен  законодательством Российской Федерации.
3. Каждый врач начинает первичную консультацию с опроса пациента, выслушивает его жалобы и пожелания. Постарайтесь объяснить врачу Вашу проблему (что болит, каков характер боли), хотите ли Вы провести протезирование зубов, имплантацию зубов и пр. На консультации врач выявит визуально и с помощью рентгенологического обследования Ваши проблемы, на основании которых Вам будет составлен предварительный план лечения и даны соответствующие рекомендации при выборе технологии лечебно-диагностического процесса и выборе конструкции при протезировании или ортодонтическом лечении. Окончательный диагноз может быть поставлен после консультаций со смежными специалистами «Поликлиники», дополнительного необходимого обследования, а также в процессе лечения. Вы можете задать врачу все интересующие Вас вопросы, а также узнать об альтернативных методах лечения и о том, как может повлиять то или иное лечение на Вашу повседневную жизнь в дальнейшем.
4. Ваш отказ от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемой без взимания платы в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (именуемой в дальнейшем – Территориальная Программа), а также в иных случаях обеспечения установленных законодательством Российской Федерации гарантий бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи.
5. Вам предложат удостоверить собственноручной подписью Ваше согласие с предложенным планом лечебных мероприятий, конструкцией протеза и/или аппарата, материалами, либо отказ от тех или иных мероприятий, а также информированный добровольный отказ от лечения альтернативными и бесплатными для Вас лекарственными препаратами, изделиями и расходными материалами медицинского назначения, включенными в утвержденный Правительством Санкт-Петербурга «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы» Вас также попросят расписаться при сдаче Вам готовых протезов. Такой порядок ведения записей в первичной медицинской документации установлены действующим законодательством, нормативными правовыми актами Российской Федерации.
6. Вы имеете право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.
7. Вам необходимо в ходе лечения и по его окончании, для достижения наилучших результатов, строго выполнять все предписания врача по режиму, правилам индивидуальной гигиены полости рта, пользованию реставрацией, протезом или аппаратом.

Сроки Вашего лечения будут зависеть от объемов, сложности лечения, а также от особенностей Вашего организма и выполнения Вами предписаний врача. Если Вы не выполняете рекомендации врача, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ пациента следовать рекомендациям и режиму поликлиники равносилен отзыву ранее данного им согласия на лечение и прекращению взаимных обязательств.

1. Оплата за предоставленные медицинские услуги на платной основе производится в порядке 100% (стопроцентной) предоплаты за каждый прием, то есть за те манипуляции, которые проведены на момент посещения, в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги, действующим на день заключения Договора на предоставление платных медицинских услуг. Оплата стоматологических услуг по зубному протезированию может быть произведена поэтапно, по  договоренности с  Вами:  1-е посещение в размере не менее  30%-50%  от стоимости  зубопротезирования сразу после снятия слепков при оплате в кассу поликлиники наличными денежными средствами или в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня выставления соответствующего счета при оплате в безналичном порядке за счет денежных средств работодателей и иных средств на основании договоров. Остаточную сумму Вы обязаны внести в кассу поликлиники не позднее дня приема работы специалиста, до окончательной фиксации зубного протеза в полости рта или в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня выставления соответствующего счета при оплате в безналичном порядке за счет денежных средств работодателей и иных средств на основании договоров.
2. По окончанию Вашего лечения на платной основе, а также лечения членов Вашей семьи,  Вы можете получить справку установленной формы об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации в целях предоставления налогового вычета.
3. Обратите, пожалуйста, внимание на то, что гарантийные сроки и сроки службы при оказании медицинских услуг, а также условия их действия, определены в «Положении об установлении гарантийного срока». В соответствии с этим Положением Вам будет оказана медицинская помощь по корректировке лечения, выполненного специалистами «Поликлиники». Если не были нарушены предписанные врачом правила и соблюден необходимый уровень гигиены, то помощь будет оказана бесплатно.
4. При любых, даже незначительных признаках дискомфорта в полости рта (возникновение боли, наминов, воспалительных реакций, подвижности мостовидных протезов и пр.), а также при поломках протеза просим Вас незамедлительно обратиться к Вашему врачу.

Благодарим Вас за выполнение наших правил!